



Government
of Canada

Gouvernement
du Canada

Canada

[Français](#) | [Contact Us](#) | [Help](#) | [Search](#) | [Canada Site](#)

[What's New](#) | [Who We Are](#) | [DSP Home](#) | [PWGSC Home](#) | [CCSB Home](#)

**Depository
Services
Program**

Library of Parliament Parliamentary Research Branch



This document was prepared by the staff of the Parliamentary Research Branch to provide Canadian Parliamentarians with plain language background and analysis of proposed government legislation. Legislative summaries are not government documents. They have no official legal status and do not constitute legal advice or opinion. Please note, the Legislative Summary describes the bill as of the date shown at the beginning of the document. For the latest published version of the bill, please consult the parliamentary internet site at www.parl.gc.ca.

LS-347E

BILL S-2: AN ACT TO FACILITATE THE MAKING OF LEGITIMATE MEDICAL DECISIONS REGARDING LIFE-SUSTAINING TREATMENTS AND THE CONTROLLING OF PAIN

Prepared by:
Mollie Dunsmuir
Law and Government Division
26 October 1999

LEGISLATIVE HISTORY OF BILL S-2

HOUSE OF COMMONS		SENATE	
Bill Stage	Date	Bill Stage	Date
First Reading:		First Reading:	13 October 1999
Second Reading:		Second Reading:	23 February 2000
Committee Report:		Committee Report:	
Report Stage:		Report Stage:	
Third Reading:		Third Reading:	

Royal Assent:
Statutes of Canada

100-06497/

N.B. Any substantive changes in this Legislative Summary which have been made since the preceding issue are indicated in **bold print**.

TABLE OF CONTENTS

BACKGROUND

DESCRIPTION AND ANALYSIS

APPENDIX

BILL S-2: AN ACT TO FACILITATE THE MAKING OF LEGITIMATE MEDICAL DECISIONS REGARDING LIFE-SUSTAINING TREATMENTS AND THE CONTROLLING OF PAIN

BACKGROUND

On 23 February 1994, a Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide was appointed "to examine and report upon the legal, social and ethical issues relating to euthanasia and assisted suicide." On 6 June 1995, the Committee submitted its report, *Of Life and Death*, to the Senate. The Committee had begun by considering the scope of the Report, an issue that had generated considerable discussion:

The Committee found that it had to examine and become familiar with many of the current health care practices across Canada by medical practitioners, nurses, medical institutions and community services as well as the role that governments play in influencing and directing the provision of such services. . .

These other end-of-life considerations . . . must be explored in order to ensure that those who engage in future debate are fully informed of the wide ramifications of the issues.
(p.3)

Accordingly, the Committee included chapters on:

- the terminology involved in end-of-life situations,
- palliative care,

- pain control and sedation practices,
- withholding and withdrawing of life-sustaining treatment, and
- advance directives.

Although the Committee could not reach a consensus on all issues, the recommendations in these earlier chapters were unanimous, and are found in the Appendix.

In discussing the background to issues surrounding death and dying, and why these were of such great public interest, the Committee identified six different factors:

- the advent of the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, which placed all individual rights within a significantly different legal and judicial context;
- technological progress, which allows life to be increasingly prolonged and death to be postponed;
- the difference between the view of some medical professionals that death represents a medical failure and the view of others, including palliative care specialists, that care of dying patients should be aimed at alleviation of suffering rather than a cure;
- the dramatic shift whereby people are more likely to die in hospitals or long-term institutions, rather than at home;
- the shift from the assumption that the doctor knows what is in the best interests of the patient to increased patient involvement and assumption of personal responsibility for choices; and
- changing demographics, including an aging population and emerging at-risk groups such as HIV/AIDS patients.

The convergence of these factors led Committee members to conclude that they would first have to define the appropriate terminology and undertake a full discussion of palliative care, pain control, and the withholding and withdrawing of treatment.

Bill S-2 primarily seeks to implement the Committee recommendations on pain control and the withholding/withdrawing of life-sustaining treatment; it also touches on issues of terminology, palliative care and advance directives.

DESCRIPTION AND ANALYSIS

Bill S-2 begins with a preamble that situates the bill firmly within the context of the report of the Special Committee.

Clause 1 gives the short title of the proposed legislation, the *Medical Decisions Facilitation Act*. The Special Committee had recommended that the *Criminal Code* be amended to clarify and explicitly recognize in what circumstances it is legal to (a) withhold and withdraw life-sustaining treatment and (b) to provide treatment that aims to alleviate suffering but that may shorten life. As Bill S-2 also deals with other health issues in clause 6, however, a simple amendment to the *Criminal Code* was not possible.

Clause 2 would clarify that a health care provider can legally provide sufficient medication to alleviate physical pain, even if this requires dosages that might shorten the life of the person. The Special Committee recognized the present situation whereby "providing treatment aimed at alleviating suffering that may shorten life is legal. However, it also recognize[d] that there are misconceptions on

the part of the medical profession and the public as to the current legal status of this practice" (p. 31). The confusion leads to fear of liability, which may in turn result in the administration of inadequate medication so that the patient suffers unnecessary pain. As well, a secretive medical environment makes it difficult to obtain data, thereby inhibiting research into pain control, and possibly even masking potential abuses.

The bill aims to clarify that protection from criminal liability applies only where the purpose of the medication is to alleviate pain, and is limited to the alleviation of physical pain. The Special Committee had used the broader terminology "alleviation of suffering," but clause 2 narrows the scope and excludes situations where medication might be administered to alleviate emotional or psychological suffering. Moreover, clause 2 would not provide protection where another ground of criminal liability, such as criminal negligence, might exist. Finally, clause 2 specifically does not apply to "mercy killing" situations, where there is an intention to cause death.

A "health care provider" is defined as a person qualified to practise medicine who is responsible for the treatment and care of the person involved, or a nurse or other person working under the direction of the medical practitioner. This recognizes the fact that it is very often nurses, working under the instruction of a physician, who are responsible for ongoing pain control.

Clause 3 would clarify that there is no criminal liability when a health care provider withdraws or withdraws life-sustaining medical treatment from a person, provided that the person, while competent, has made a valid request for such action, in accordance with clause 3(2). Alternatively, clause 3(3) then sets out the procedure required to obtain such permission when the person is not competent.

"Life-sustaining medical treatment" is defined as any medical or surgical procedure intended to prolong life, including artificial hydration and nutrition. The Special Committee gave the following definitions and examples:

The Committee has defined withholding life-sustaining treatment as *not starting treatment that has the potential to sustain life* -- for example, not instituting cardiopulmonary resuscitation (CPR); not giving a blood transfusion; not starting antibiotics; or not starting artificial hydration and nutrition.

Withdrawing life-sustaining treatment is *stopping treatment that has the potential to sustain life*. Examples include removing a respirator or removing a gastric tube supplying artificial hydration and nutrition. (p. 37)

Clause 3(2) deals with the situation where a competent person makes a "free and informed request" that treatment be withheld or withdrawn. The definitions of "free and informed" and "competent" in Bill S-2 are very close to those used in the Report of the Special Committee:

"Free and informed consent" means the voluntary agreement by a person who in the possession and exercise of sufficient mental capacity, as defined by an appropriate medical professional, makes an intelligent choice as to treatment options. It supposes knowledge about the consequences of having or not having the treatment and about possible alternatives. The consent must be free from coercion, duress and mistake. (p. 15)

"Competent" means capable of understanding the nature and consequences of the decision to be made and capable of communicating this decision. (p. 13)

The bill would clarify that a competent person is able to consent in advance to end-of-life health care decisions, through a written directive, or "in writing or by words or signs," provided there is one witness who is not a health care provider.

Clause 3(3) deals with the situation where a person becomes incompetent before having made a decision. In that case, a request to withhold/withdraw treatment could be made by (1) a proxy

...: An Act to facilitate the making of legitimate medical decisions regarding life-sustaining treatments and the controlling of Page 5 of 7 appointed under provincial law; (2) if there is no proxy, a legal representative having the authority to make personal health care decisions for the patient; or (3) if there is neither a proxy or a personal health care representative, the person most intimately associated with the patient.

Clause 4 is the definition section; the definitions of "competent," "free and informed request," "health care provider," and "life-sustaining medical treatment" have been discussed above.

Clause 5 states that nothing in the Act would impose a duty to provide medical treatment. One of the purposes of the Act is to clarify that a patient can make the decision to refuse treatment, but such a decision has no effect on the provision of treatment. If a health care professional feels that treatment is futile, he or she is under no new obligation to provide it. Similarly, if a health care professional feels uncomfortable with providing a level of pain control that may shorten life, the bill clarifies that he or she is not under any new obligation to provide it.

Clause 6 recognizes that many of the recommendations of the Special Committee involve the need for research and guidelines. Because the issues surrounding pain control and withholding/withdrawing of treatment fall so much into a "grey" area, accurate information tends not to be available. Bill S-2, by clarifying the legal situation, should greatly assist in making such data available, but the need for education and guidelines would continue. Because the provinces play such an important role in health care, the clause makes clear that Minister of Health's mandate could include coordinating, with provincial authorities and professional health care associations, the establishment of national guidelines for withholding/withdrawal of treatment, pain control and palliative care. The Minister of Health would also be authorized to encourage public education with respect to pain control and palliative care. Clause 6 also proposes that the Minister be given the mandate to monitor the effects of S-2 on the withholding and withdrawal of treatment.

APPENDIX

The Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide

Of Life and Death - Final Report

June 1995

Recommendations

Chapter III Palliative Care

The Committee recommends:

- governments make palliative care programs a top priority in the restructuring of the health care system.
- the development and implementation of national guidelines and standards be continued.
- the training of health care professionals in all aspects of palliative care be increased.
- there be an integrated approach to palliative care. The delivery of care, whether in the home, in hospices or in institutions, with the support of volunteers, must be coordinated to maximize effectiveness. The provision of respite services is an

- research into palliative care, especially pain control and symptom relief, be expanded and improved.

Chapter IV Pain Control and Sedation Practices

The Committee recommends:

- the *Criminal Code* be amended to clarify the practice of providing treatment for the purpose of alleviating suffering that may shorten life.
 - the division of Health Canada responsible for health protection and promotion, in cooperation with the provinces, territories and the national associations of health care professionals, develop guidelines and standards for the provision of treatment for the purpose of alleviating suffering where that may shorten life.
-
- education and training with respect to pain control be expanded and improved for all health care professionals.
 - the division of Health Canada responsible for health protection and promotion, in cooperation with the provinces, territories and the national associations of health care professionals, develop guidelines and standards for the practice of the total sedation of patients.
 - the federal government, in cooperation with the provinces and territories, undertake a study in order to determine the frequency and conditions under which total sedation is practised.

Chapter V Withholding and Withdrawal of Life-sustaining Treatment

The Committee recommends:

- the *Criminal Code* be amended and necessary legislation be enacted in order to explicitly recognize and to clarify the circumstances in which the withholding and withdrawal of life-sustaining treatment is legally acceptable. The criteria enunciated in this chapter under "Committee Deliberations" should be considered.
- the division of Health Canada responsible for health protection and promotion, in consultation with the provinces and territories and the relevant professional associations, establish guidelines to govern the withholding and withdrawal of life-sustaining treatment.
- professional guidelines be amended so that they are consistent with these recommendations, the amended *Criminal Code*, and the national guidelines.
- the Federal Ministry of Health, in cooperation with the provinces and territories, sponsor a national campaign designed to inform the public as to their rights with respect to the refusal of life-sustaining treatment.
- research be conducted in order to determine the frequency with which and conditions under which life-sustaining treatment is withheld or withdrawn under the recommended legislation and guidelines.

Chapter VI Advances Directives

- The Committee recommends:

- **those provinces and territories that do not have advance directive legislation adopt such legislation.**
 - **the provinces and territories establish a protocol to recognize advance directives executed in other provinces and territories.**
-

1-800-O-Canada

Maintained by Communications Coordination Services Branch of
Public Works and Government Services Canada

[Copyright & Disclaimers](#)



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada

Canada

English | Contactez-nous | Aide | Recherche | Site du Canada

Quoi de neuf | Qui sommes-nous | Page d'accueil du PSD | Page d'accueil de TPSGC | Page d'accueil de DGSCC

Programme
des services
de dépôt

Bibliothèque du Parlement Direction de la recherche parlementaire



Les documents qui figurent sur ce site ont été rédigés par le personnel de la Direction de la recherche parlementaire, ils visent à tracer, à l'intention des parlementaires canadiens, dans un libellé simple et facile à saisir, le contexte dans lequel chaque projet de loi gouvernemental examiné a été élaboré et à fournir une analyse de celui-ci. Les résumés législatifs ne sont pas des documents gouvernementaux, ils n'ont donc aucun statut juridique officiel et ils ne constituent ni un conseil ni une opinion juridique. Prière de noter que la version du projet de loi décrite dans un résumé législatif est celle qui existait à la date indiquée au début du document. Pour avoir accès à la plus récente version publiée du projet de loi, veuillez vous rendre sur le site parlementaire Internet à l'adresse suivante www.parl.gc.ca.

LS-347F

PROJET DE LOI S-2: LOI FACILITANT LA PRISE DE DÉCISIONS MÉDICALES LÉGITIMES RELATIVEMENT AUX TRAITEMENTS DE SURVIE ET AU TRAITEMENT DE LA DOULEUR

Rédaction :
Mollie Dunsmuir
Division du droit et du gouvernement
Le 26 octobre 1999

HISTORIQUE DU PROJET DE LOI S-2

CHAMBRE DES COMMUNES		SÉNAT	
Étape du Projet de loi	Date	Étape du projet de loi	Date
Première lecture :		Première lecture :	13 octobre 1999
Deuxième lecture :		Deuxième lecture :	23 février 2000
Rapport du comité :		Rapport du comité :	
Étape du rapport :		Étape du rapport :	
Troisième lecture :		Troisième lecture :	

Sanction royale :
Lois du Canada

N B. Dans ce résumé législatif, tout changement d'importance depuis la dernière publication est indiqué en caractères gras.

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE

DESCRIPTION ET ANALYSE

ANNEXE

PROJET DE LOI S-2 : LOI FACILITANT LA PRISE DE DÉCISIONS MÉDICALES LÉGITIMES RELATIVEMENT AUX TRAITEMENTS DE SURVIE ET AU TRAITEMENT DE LA DOULEUR

CONTEXTE

Le 23 février 1994, un comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté a été chargé d'examiner les enjeux légaux, sociaux et éthiques de l'euthanasie et du suicide assisté et de faire rapport à ce sujet. Le 6 juin 1995, le Comité a présenté au Sénat son rapport intitulé *De la vie et de la mort*. Dans ce document, le Comité commençait par examiner la portée du rapport, un sujet qui avait suscité une vive discussion.

Le Comité s'est rendu compte qu'il devait se familiariser d'une part avec de nombreuses pratiques touchant les soins de santé dispensés aujourd'hui dans l'ensemble du Canada par les médecins praticiens, les infirmières, les établissements médicaux et les services communautaires, d'autre part avec le rôle et l'influence qu'exercent les gouvernements dans la prestation de tels services. [...]

L'opinion de chacun au sujet de l'aide au suicide et de l'euthanasie pourra ou non être influencée par ces autres considérations de fin de vie, mais il importe de les approfondir afin de laisser à ceux qui prendront le relais du débat une idée juste de cette situation fort complexe. [...] (p. 3)

Par conséquent, le Comité a rédigé des chapitres sur :

- la terminologie liée à des situations de fin de vie;
- les soins palliatifs;
- le traitement de la douleur et la sédation;
- l'abstention et l'interruption de traitement de survie; et

- les directives préalables.

Le Comité n'a pas réussi à faire l'unanimité sur toutes les questions, mais il a présenté des recommandations unanimes au sujet de ces premiers chapitres (voir l'annexe).

Au cours de l'examen des enjeux touchant à la mort et à la fin de la vie et des raisons pour lesquelles ces sujets suscitent un tel intérêt dans le public, le Comité a identifié les six facteurs suivants :

- l'adoption de la *Charte canadienne des droits et libertés*, qui a placé tous les droits individuels dans un contexte légal et juridique tout à fait différent;
- les progrès de la technologie, qui permettent de prolonger la vie de plus en plus longtemps, et partant de retarder la mort d'autant;
- l'écart entre l'opinion tenue par certains professionnels de la santé, selon laquelle la mort est un échec médical, et celle défendue par d'autres, dont les spécialistes des soins palliatifs, voulant que les soins dispensés aux mourants devraient viser à alléger la souffrance et non pas à traiter;
- le changement radical des réalités, où les gens sont beaucoup plus susceptibles de mourir à l'hôpital ou dans des établissements de soins de longue durée qu'à la maison;
- le changement d'attitude; jadis, on croyait que le médecin savait ce qui était dans l'intérêt du patient alors qu'aujourd'hui le patient est beaucoup plus responsabilisé et a des choix personnels à faire; et
- le changement démographique, le vieillissement de la population et l'apparition de groupes à risques, p. ex., les personnes porteuses du HIV et les malades du SIDA.

La conjugaison de ces facteurs a porté les membres du Comité à conclure à la nécessité de définir une terminologie appropriée et à entamer une discussion exhaustive sur les soins palliatifs, le traitement de la douleur et l'abstention et l'interruption de traitement de survie.

Le projet de loi S-2 vise principalement à mettre en oeuvre les recommandations du Comité sur le traitement de la douleur et l'abstention et l'interruption de traitement de survie, quoiqu'il aborde également des questions comme la terminologie, les soins palliatifs et les directives préalables.

DESCRIPTION ET ANALYSE

Le projet de loi S-2 débute par un préambule qui le place nettement dans le contexte du rapport du Comité spécial.

L'article 1 donne le titre abrégé de la loi : *Loi facilitant la prise de certaines décisions médicales*. Le Comité spécial avait recommandé que le *Code criminel* soit modifié de manière à préciser et à reconnaître explicitement les circonstances dans lesquelles il serait légal a) de permettre l'abstention et l'interruption de traitement de survie et b) d'administrer un traitement visant à alléger les souffrances mais susceptible d'abréger la vie. Toutefois, le projet de loi S-2 porte également, à l'article 6, sur d'autres questions de santé, de sorte qu'il était impossible de ne procéder qu'à une simple modification du *Code criminel*.

L'article 2 préciserait qu'un soignant peut légalement administrer au patient des médicaments en doses suffisantes pour soulager la souffrance physique, même si ces doses sont susceptibles d'abréger sa vie. « Le Comité reconnaît qu'administrer un traitement destiné à soulager la souffrance au risque d'abréger la vie est légal. Toutefois, il reconnaît également que le corps

... Loi facilitant la prise de décisions médicales légitimes relativement aux traitements de survie et au traitement de la douleur Page 4 of 7
médical et le public comprennent mal les règles juridiques actuelles concernant cette pratique [...] » (p. 33). Cette confusion engendre la crainte de la responsabilité, laquelle peut mener à l'administration de médicaments ne convenant pas et entraînant pour le patient des souffrances inutiles. De même, en raison du secret qui caractérise le cadre médical, il est difficile d'obtenir des données, un phénomène qui nuit à la recherche sur le traitement de la douleur et qui pourrait même cacher des abus.

Le projet de loi vise à expliquer clairement que la protection contre la responsabilité criminelle n'existe que lorsque le but du traitement aux médicaments est de soulager la douleur et se limite au soulagement de la douleur physique. Le Comité spécial avait utilisé l'expression plus large de soulagement de la souffrance; l'article 2 réduit la portée du concept et exclut les situations où un traitement aux médicaments pourrait être administré pour soulager des souffrances d'ordre émotif ou psychologique. De plus, l'article 2 n'offrirait aucune protection dans le cas où le motif de l'accusation de responsabilité criminelle serait autre, par exemple la négligence criminelle. Enfin, il est précisé que l'article 2 ne s'appliquerait pas aux situations d'euthanasie dans lesquelles existe l'intention de causer la mort.

Le « soignant » est défini comme le praticien habilité à exercer la médecine sous le régime des lois d'une province et ayant la responsabilité du traitement et des soins médicaux à administrer à la personne visée, ou un infirmier ou une autre personne travaillant, dans le même cas, sous la direction et sur les instructions d'un tel praticien. Cette définition reconnaît le fait qu'il s'agit souvent d'infirmiers ou d'infirmières travaillant sous la direction d'un médecin qui se chargent du traitement continu de la douleur.

L'article 3 permettrait de préciser l'absence de responsabilité criminelle dans le cas d'un soignant qui autorise l'abstention ou l'interruption de traitement médical de survie d'une personne, à condition que cette personne ait présenté une demande valide en ce sens pendant qu'elle en était capable. Le paragraphe 3(3) établit la marche à suivre pour obtenir cette permission lorsque l'intéressé n'a pas la capacité de faire la demande.

L'expression « traitement de survie » est définie comme l'ensemble d'actes médicaux ou chirurgicaux destinés à prolonger la vie, y compris l'hydratation et l'alimentation artificielles. Le Comité spécial a donné les définitions et exemples suivants, à ce sujet.

Le Comité a défini l'abstention de traitement de survie comme étant *le fait de ne pas amorcer un traitement susceptible de maintenir le patient en vie*, par exemple ne pas tenter la réanimation cardiorespiratoire (RCR), ne pas donner une transfusion sanguine, ne pas administrer d'antibiotiques ou ne pas assurer l'alimentation et l'hydratation artificielles. L'interruption désigne *le fait de cesser un traitement susceptible de maintenir le patient en vie*, par exemple débrancher le respirateur ou enlever la sonde gastrique qui assure l'alimentation et l'hydratation. (p. 39)

Le paragraphe 3(2) traite du cas où une personne capable fait une « demande libre et éclairée » pour l'abstention ou l'interruption de traitement. Les définitions de « demande libre et éclairée » et de « capable » ou « capacité » du projet de loi S-2 sont très proches des définitions données dans le rapport du Comité spécial.

« Consentement libre et éclairé » : Accord volontaire d'une personne qui possède une capacité mentale suffisante, selon l'avis d'un médecin compétent, pour faire un choix rationnel quant aux options de traitement. Il suppose que la personne sait ce qu'il adviendra si le traitement est administré ou omis et qu'elle connaît les solutions de rechange possibles. Le consentement ne doit pas être vicié par la coercition, la contrainte ou une erreur. (p. 16)

« Capable » : Qui est apte à comprendre la nature et les conséquences de la décision à prendre ainsi qu'à communiquer cette

Le projet de loi préciserait qu'une personne capable est habilitée à consentir à l'avance à des décisions mettant en cause un traitement médical de fin de vie, par le truchement d'une directive, « soit par écrit, soit verbalement, soit par signes », en présence d'au moins un témoin qui n'est pas un soignant.

Le paragraphe 3(3) traite du cas où une personne perd sa capacité avant d'avoir pris une décision. Dans un tel cas, la demande d'abstention ou d'interruption de traitement pourrait être faite par 1) un mandataire nommé conformément à une loi provinciale; 2) à défaut, par son représentant légal ayant le pouvoir de prendre en son nom des décisions en matière de soins de santé; 3) à défaut encore, par son conjoint, son compagnon ou le parent qui est le plus intimement lié à lui.

L'article 4 donne les définitions de « capable » ou « capacité », de « demande libre et éclairée », de « soignant » et de « traitement de survie », que nous avons déjà examinées ci-dessus.

L'article 5 indique que la Loi n'aurait pas pour effet d'imposer l'obligation légale d'administrer un traitement médical. L'un des objectifs de la Loi est de préciser le fait qu'un patient peut prendre la décision de refuser le traitement mais que cette décision n'a pas d'effet sur l'administration du traitement. Si un professionnel de la santé estime qu'un traitement est futile, il n'est pas obligé de l'administrer. De même, dans le cas d'un professionnel de la santé estimant que l'administration d'un traitement de la douleur risque d'abréger la vie, le projet de loi indique clairement qu'il n'est pas obligé de l'administrer.

L'article 6 reconnaît qu'un bon nombre des recommandations du Comité spécial nécessitent des recherches et des lignes directrices. Étant donné que les questions touchant le traitement de la douleur et l'abstention et l'interruption de traitement de survie tombent dans une zone « grise », il est difficile d'obtenir des informations précises à ce sujet. En clarifiant la situation légale, le projet de loi S-2 devrait permettre que de telles données soient produites et diffusées; cependant, il continuerait d'être nécessaire de poursuivre le travail d'éducation et l'élaboration de lignes directrices. Les provinces jouent un rôle important dans le domaine des soins de santé; c'est pourquoi l'article 6 indique clairement que le mandat du ministre de la Santé pourrait consister notamment à coordonner l'établissement de lignes directrices nationales sur l'abstention et l'interruption de traitement, le traitement de la douleur et les soins palliatifs, en collaboration avec les autorités provinciales et les associations de professionnels de la santé. Le ministre de la Santé serait également autorisé à encourager l'éducation du public en ce qui a trait au traitement de la douleur et aux soins palliatifs. L'article 6 propose enfin que le Ministre soit habilité à surveiller les effets du projet de loi S-2 sur l'abstention et l'interruption de traitement.

ANNEXE

Le comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et l'aide au suicide

De la vie et de la mort - Rapport final

Juin 1995

Recommandations

RECOMMANDATIONS

Chapitre III — Les soins palliatifs

- Le Comité recommande :
 - que les gouvernements accordent une grande priorité aux programmes de soins palliatifs dans la restructuration du système de santé;
 - qu'on poursuive l'élaboration et la mise en œuvre de lignes directrices et de normes nationales;
 - qu'on améliore la formation des professionnels de la santé dans tous les aspects des soins palliatifs;
 - qu'on adopte une approche intégrée des soins palliatifs. Il faut coordonner les services fournis afin de les rendre le plus efficaces possible, qu'ils soient dispensés à domicile, dans des centres autonomes ou en établissement, avec l'aide de bénévoles. Les services de répit doivent en constituer un élément essentiel;
 - qu'on intensifie la recherche dans le domaine des soins palliatifs, notamment en ce qui concerne le soulagement de la douleur et des symptômes.

Chapitre IV — Les pratiques en matière de traitement de la douleur et de sédation

Le Comité recommande :

- que le *Code criminel* soit modifié afin de clarifier la situation concernant l'administration d'un traitement destiné à soulager la souffrance ou risque d'abréger la vie;
- que la division de Santé Canada chargée de la protection et de la promotion de la santé élabore, en collaboration avec les provinces, les territoires et les associations nationales de professionnels de la santé, des lignes directrices et des normes sur l'administration de traitements visant à atténuer la souffrance mais susceptibles d'abréger la vie;
- que la formation de tous les professionnels de la santé en matière de traitement de la douleur soit clarifiée et améliorée;
- que la division de Santé Canada chargée de la protection et de la promotion de la santé élabore, en

collaboration avec les provinces, les territoires et les associations nationales de professionnels de la santé, des lignes directrices et des normes sur la pratique de la sédation complète des patients;

- que le gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et les territoires, réalise une étude pour déterminer avec quelle fréquence et dans quelles conditions se pratique la sédation complète.

Chapitre V — L'Abstention et l'interruption de traitement de survie

Le Comité recommande :

- qu'on modifie le *Code criminel* et qu'on adopte les dispositions législatives nécessaires pour reconnaître explicitement et clarifier les circonstances dans lesquelles l'abstention et l'interruption de traitement de survie sont légalement acceptables. On devrait prendre en considération les critères énoncés dans le présent chapitre, à la rubrique «Délégations du Comité»;
- que la division de Santé Canada responsable de la protection et de la promotion de la santé, en consultation avec les provinces, les territoires et les associations professionnelles intéressées, établisse des lignes directrices régissant l'abstention et l'interruption de traitement de survie;
- que les lignes directrices professionnelles soient modifiées en fonction de ces recommandations, du nouveau texte du *Code criminel* et des lignes directrices nationales;

© 1999 Le ministère fédéral de la Santé en collaboration avec les membres du Comité consultatif.

- * que le ministère fédéral de la Santé, en collaboration avec les provinces et les territoires, parraine une campagne nationale pour informer le public de ses droits relativement au refus d'un traitement de survie;
- * qu'on effectue une étude en vue de déterminer la fréquence des abstentions et interruptions de traitement ainsi que les conditions dans lesquelles elles sont pratiquées par suite de l'application des lignes directrices et dispositions législatives proposées.

Chapitre VI — Les directives préalables

Le Comité recommande :

- * que les provinces et les territoires qui ne l'ont pas encore fait adoptent des mesures législatives concernant les directives préalables;
- * que les provinces et les territoires conviennent d'un protocole en vertu duquel les directives préalables établies dans une province ou un territoire seraient reconnues dans les autres.

1 800 O-Canada

Mise à jour par la Direction générale des services de coordination des communications, de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada

Droits d'auteur et avertissements